LA

FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

Paraissant le Vendredi matin

RÉDACTEUR EN CHEF

Le Dr A. CHEVALLEREAU

MÉDECIN DE LA CLINIQUE NATIONALE DES QUINZE-VINGTS

COMITÉ DE RÉDACTION : MM.

P. BAZY, chirurgien des hôpitaux. — **PAUL BERGER,** chirurgien de Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine
BOTTENTUIT, médecin consultant aux eaux de Plombières. — **CORLIEU,** bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine
E. DESCHAMPS, chef de clinique à la Faculté. — **DESNOS,** ancien interne des hôpitaux
E. GAUCHER, médecin des hôpitaux. — **GREFFIER,** ancien interne des hôpitaux
JUMON. — **MICHEL PETER,** professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine
E. ROCHARD, chef de clinique à la Faculté. — **VERCHÈRE,** chirurgien de l'infirmerie de Saint-Lazare

1894

PARIS

9, Rue des Pyramides, 9

—

1894

BOSTON MEDICAL
SEP 12 1895
LIBRARY ASS'N.

CATALOGUED
SEP 12 1895
E. H. B.

41e Année. — N° 1 Vendredi 5 Janvier 1894

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N. SEP 12 1895

3644

LA FRANCE MÉDICALE ET PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : De la dyspepsie hernieuse, par le Dr Zabé, 1. — **Bibliographie :** Neurasthénie et arthritisme ; urologie, régime alimentaire, traitement, par le Dr R. Vigouroux. — Bruits de souffle et bruit de galop, par le Dr E. Barié, 6. — Des inhalations d'oxygène dans l'hygiène et la thérapeutique des nouveau-nés, par Mlle Camille Landais, 7. — **Revue de la presse :** Des névroses hystériques du pneumogastrique, 7. — **Académie des sciences :** *Séance du 26 décembre* 1893.— Présidence de M. de Lacaze-Duthiers. — Sur la stabilité à l'air de la solution de sublimé corrosif au millième, 8.—Influence de certaines causes sur la réceptivité. Associations bactériennes, 8. — Toxicité du sang de la vipère, 8.—**Académie de médecine :** *Séance du 2 janvier* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — L'épidémie de typhus exanthématique, 9. — Du passage des substances étrangères à l'organisme à travers le placenta, 9. — **Société médicale des hôpitaux :** *Séance du 29 décembre* 1893. — Présidence de M. Fernet. — Le ganglion de Troisier et sa valeur séméiologique, 9. — **Société de médecine de Paris :** *Séance du 23 décembre* 1893. — Présidence de M. Christian. — Rapport sur la candidature à l'honorariat de M. A. Le Blond, 10. — **Société de chirurgie :** *Séance du 3 janvier* 1894. — Présidence de M. Ch. Périer. — Péritonite tuberculeuse ; laparotomie ; guérison opératoire et mort ultérieure deux mois après l'intervention. — Note sur une nouvelle opération de glaucome, 10 — Traitement du prolapsus utérin par l'hystérectomie vaginale, 10. — Appendicite et péritonite. — Résection du maxillaire inférieur. — Kyste de l'utérus. — Corps étranger articulaire. — **Intérêts professionnels :** La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine et la déclaration obligatoire en cas de maladies épidémiques, 14. — **Nouvelles**, 15. — **Bulletin bibliographique**, 16.

CLINIQUE MÉDICALE

—

De la Dyspepsie hernieuse,

Par le Dr Zabé.

Malgré les efforts tentés par les cliniciens du plus grand mérite, l'étude des gastropathies en est restée à la phase d'analyse. La pathologie gastrique n'a fait aucun pas décisif en nosologie. Les anciennes divisions n'ont point varié ! Ce sont toujours les troubles des fonctions digestives, symptomatiques de la dyspepsie, sans lésions apparentes, les diverses gastrites, l'ulcère et le cancer. Les considérations nouvelles, d'ordre chimique et statique, n'ont fait que compliquer ce problème déjà si ardu. Telles sont les déclarations que faisait, avec une grande loyauté, M. le professeur Hayem, à la leçon d'ouverture de son cours de thérapeutique, en novembre 1891.

D'une part, en effet, le chimisme gastrique, sur lequel on avait fondé de si brillantes espérances, est loin de tenir ses promesses. Les déviations chimiques dans le processus stomacal n'ont d'autre valeur que celle de « simples caractères séméiologiques ». Réservant toute interprétation nosologique, M. Hayem reprochait justement à certains auteurs de considérer ces déviations chimiques comme étant des maladies effectives.

D'autre part, la dilatation de l'estomac, si bien décrite par M. le professeur Bouchard, constitue pour ce dernier une maladie primitive, capable d'exister tout d'abord sans troubles digestifs apparents, et d'engendrer, après un certain temps, la dyspepsie. La stase prolongée des aliments dans la cavité du ventricule détermine une série de fermentations anormales, et consécutivement l'auto-intoxication. Et cependant l'on ne sait rien encore de précis sur la nature de ces produits toxiques dont la nocuité est telle qu'ils retentissent sur l'économie tout entière.

Enfin, M. Glénard (de Lyon) place l'origine des malaises dont souffrent les gastropathes, tantôt dans le décrochement du foie, ou la mobilité d'un rein déplacé.

De la *dyspepsie hernieuse*, il ne pouvait encore être question, n'ayant publié à cette époque aucun des résultats fournis par nos recherches cliniques. Aujourd'hui nous affirmons, avec une entière certitude, que de nombreux états dyspeptiques, dont l'origine avait été jusqu'alors méconnue, sont la conséquence pathologique immédiate de brides épiploïques, résultant le plus souvent de petites hernies ombilicales.

A un moment donné du travail digestif, cette bride paralyse les mouvements stomacaux essentiels dans l'acte de digestion, et trouble plus ou moins profondément les sécrétions gastriques. Et, de fait, au fur et à mesure de l'ingestion des aliments, l'estomac, prenant volume, tend à pénétrer entre les lames de l'épiploon, lequel émane des deux faces de cet organe, de façon à lui permettre de changer de position, sans subir le moindre heurt. Mais si ce repli péritonéal, protecteur né des mouvements stomacaux, adhère à la paroi abdominale par une partie herniée, la bride épiploïque qui en résulte s'oppose à l'ampliation gastrique normale. Il s'ensuit un tiraillement mécanique qui, par les troubles nervo-moteurs qu'il suscite, joue le principal rôle dans la genèse d'un grand nombre de dyspepsies. Quelques gastropathes ont conscience de ce tiraillement qui, parfois, entretient une douleur assez vive au pourtour de l'ombilic.

Cette corrélation de causes à effets, nettement établie avec preuves anatomiques à l'appui, jette un jour tout nouveau sur la pathogénie de nombreux états dyspeptiques. A l'inverse de ce qui se passe dans les autres maladies de l'estomac, les troubles digestifs d'origine hernieuse ne sont pas plus les symptômes d'une maladie qu'une maladie elle-même. Si chez tant d'individus la digestion est difficile, l'évacuation lente ou trop précipitée, si fréquemment le ventricule se tend et se ballonne outre mesure, avec ou sans fermentation, c'est que la plupart d'entre eux ont l'estomac entravé par une bride épiploïque qui tiraille, tantôt la portion cardiaque, tantôt la portion pylorique de cet organe. L'appellation de *dyspepsie hernieuse*, réservée à l'ensemble des troubles fonctionnels, dus à une entrave hernieuse, est d'une justesse nosologique parfaite.

ÉTAT GASTRIQUE VULGAIRE ET DYSPEPSIE HERNIEUSE.

Des troubles digestifs surviennent chez des individus non hernieux, qu'un mauvais régime, ou les excès conduisent à de fréquentes indigestions. Il en est de même, à la suite de fatigues excessives, de travaux longtemps soutenus, de violentes émotions, d'insomnies, de chaleurs excessives. L'abus du tabac, et surtout des liqueurs fortes, exerce une influence fâcheuse sur l'organe central de la digestion. Ces infractions à l'hygiène sont le point de départ habituel des gastrites chroniques. La muqueuse stomacale subit, à la longue, des lésions anatomiques plus ou moins accentuées : les cellules pepsigènes s'hypertrophient, se multiplient, et finalement disparaissent par sclérose. Au début, une diététique sévère triomphe rapidement de l'inflammation de la muqueuse de l'estomac, tandis que les outranciers de la bombance deviennent les plus miséreux des gastropathes.

Sans jamais commettre le moindre excès, la plupart des « entravés de l'estomac » digèrent quand même difficilement. D'aucuns redoutent de satisfaire leur appétit par crainte des souffrances qui les attendent. La langue reste rose et humide. D'habitude, les liquides sont moins bien tolérés que les aliments solides : un bouillon léger est généralemment plus mal supporté que des mets très lourds. Le régime le plus sévère, les médicaments antidyspeptiques les plus réputés, demeurent impuissants en face d'une entrave herniaire qui paralyse les mouvements stomacaux, et enraie la digestion.

A l'encontre des gastropathes, victimes de la grande chère, les dyspeptiques hernieux se défendent d'autant plus facilement des excès de table que leur estomac bridé s'y refuse mécaniquement. Ces mal-digérant sont des dyspeptiques dans la véritable exception du mot, l'origine de leurs malaises n'ayant rien de commun avec les causes qui déterminent l'état gastrique vulgaire. Après des mois, des années, certains cas de dyspepsie hernieuse, à forme hyperpeptique, finissent par aboutir au catarrhe d'estomac, et quelquefois à la gastrite chronique. Il aurait suffi de maîtriser à temps la hernie pathogène pour prévenir cette transformation et assurer la guérison de l'état dyspeptique préexistant.

FRÉQUENCE DES PETITES EXOMPHALES.

Les exomphales de petit volume ont été jusqu'alors complètement méconnues ou négligées. Ces hernies minuscules émergent, tantôt à la partie supérieure de l'anneau, mal défendue, tantôt à travers un éraillement aponévrotique, péri-ombilical. Leur grande fréquence, mise en évidence par une observation clinique longtemps poursuivie, ne manquera pas d'étonner les médecins. Ceux d'entre eux qui se décideront à diriger leur examen sur ce point particulier seront très certainement surpris du nombre considérable d'individus de tout âge et de tout sexe atteints d'exomphales plus ou moins bien caractérisées. Le diagnostic de certaines d'entre elles exige beaucoup d'attention. A la suite d'inflammations répétées l'épiploon qui, chez l'adulte, s'engage toujours dans les sacs herniaires, ombilicaux, contracte des adhérences au pourtour de l'anneau fibreux. Ce repli séreux constitue parfois, au-devant de l'intestin, un véritable sac, sous-jacent au péritoine. Les plis qu'il forme en se fronçant au niveau du collet s'agglutinent et s'enroulent sur eux-mêmes : d'où la sensation au toucher d'un corps dur, plus ou moins régulièrement arrondi.

Dans la plupart des hernies ombilicales, on a longtemps prétendu que le sac herniaire faisait défaut. Cette erreur provient de l'extrême ténuité du péritoine, et de son intime union avec les autres enveloppes exomphaliques, lesquelles se confondent en une seule couche. Le péritoine pariétal adhérant à l'anneau fibreux, la formation du sac n'est possible qu'à la faveur d'une distension excessive de cette paroi séreuse, tandis que dans la genèse des hernies inguinales et crurales le sac herniaire se forme par simple glissement du péritoine.

A. Richet, l'auteur illustre de l'*Anatomie médico-chirurgicale*, affirmait que si les parois du canal inguinal avaient la même fragilité que les parois de la gouttière ombilicale, presque tout le monde serait hernieux. Plus de 4.000 observations, recueillies pendant douze années consécutives, ont pleinement justifié l'exactitude de cette donnée anatomique. La moitié des individus pris au hasard sont atteints de hernies ombilicales, plus ou moins caractérisées : à la simple inspection, la plupart d'entre elles ne sont point apparentes.

Au commencement du siècle, A. Cowper écrivait que l'ouverture ombilicale est si mal défendue que si elle n'était point située dans un lieu où ne s'exerce presque aucun effort, *de toutes les hernies l'exomphale serait la plus fréquente*. Malgaigne, de son côté, avait souvent remarqué que pendant les efforts produits par la toux, la partie moyenne du ventre qui correspond aux muscles droits se bombe, projetée en avant par l'impulsion des viscères abdominaux. A l'état normal,

un peloton adipeux est interposé avec de très faibles adhérences, entre le péritoine, la veine ombilicale et la partie supérieure de l'anneau, de manière à figurer une sorte de bouchon. Que cette petite masse graisseuse vienne à se développer, elle arrive à s'engager dans l'anneau, et à faire saillie au-dessous de la peau, sous forme d'une tumeur arrondie, un peu dure, entraînant à sa suite le péritoine pariétal. D'après M. le professeur Tillaux, c'est le mode de production habituel d'un très grand nombre de hernies ombilicales.

Cette voie suivie n'est pas la seule : les hernies s'engagent également dans les éraillures de la ligne blanche, au voisinage et principalement au-dessus de l'ombilic. Ces éraillements aponévrotiques sont obstrués normalement par des pelotons graisseux, adhérents au péritoine; et comme celui de l'anneau, ceux-ci peuvent céder, se laisser refouler. Les exomphales qui se rencontrent en dessous de l'attache originelle sont relativement rares, les muscles droits n'étant plus séparés que dans l'étendue d'environ 2 centimètres. Avec Gosselin, nous ne nous attarderons pas à rechercher si les exomphales se font plus fréquemment à la partie supérieure de l'anneau, ou à travers un orifice accidentel, placé dans le voisinage de ce dernier.

Enfin, la hernie ombilicale peut n'être qu'une exomphale, datant du premier âge. A cette époque de la vie, les hernies ombilicales sont très fréquentes : le nombril infantile présente un point faible, un anneau dont l'occlusion n'est pas immédiatement complète. Puis, viennent s'ajouter les cris si souvent répétés du petit être, lesquels tendent constamment à pousser l'intestin à travers une ouverture mal fermée. Si quelque chose doit étonner, c'est qu'il n'y ait pas encore plus d'enfants hernieux du nombril.

Contrairement à l'opinion universellement accréditées, les hernies ombilicales de petit volume sont d'une très grande fréquence, et provoquent des troubles digestifs multiples. Dans le nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. M. Marduel affirme que l'exomphale est rarement petite, et que pourtant on en trouve chez les femmes d'assez peu développées pour passer complétement inaperçues. Pour le même auteur, « les effets des exomphales sur la santé dépendent surtout de leur volume. Les petites peuvent passer inaperçues tellement elles entraînent peu de gêne avec elles. Les moyennes ne produisent pas non plus de phénomènes bien accusés, à peine quelques troubles digestifs, des tiraillements, des coliques passagères et peu intenses » (1). C'est exactement l'inverse de ce qui s'observe cliniquement. Les troubles digestifs sont d'autant plus accentués que la hernie est moins volumineuse, l'entrave plus étroite, et la bride moins lâche. La simple pointe herniaire, les moindres hernies de la ligue blanche, ne sont-elles donc plus des causes immédiates de l'état dyseptique? Et cependant, vérité clinique indéniable, toute gêne apportée à la circulation des matières alimentaires dans le tube digestif, à partir de l'estomac, est une cause très énergique d'empêchement à la digestion.

(1) *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXIV, p. 477.

CONCORDANCE CLINIQUE ENTRE LES DIFFÉRENTS TROUBLES DIGESTIFS ET LES HERNIES PATHOGÈNES.

L'interprétation des troubles digestifs, basée sur l'état anatomique de la hernie qui les détermine, jette une vive lumière sur cette longue suite de symptômes dyspeptiques, véritable capharnaüm, auquel n'ont pas peu contribué les champions du chimisme gastrique. Dans leurs différentes affirmations au sujet du rapport qui existe entre les désordres digestifs et les signes fournis par l'analyse chimique, ce ne sont, en effet, que divergences et contradictions, sans aucun point de repère pathogénique.

Un certain nombre de dyspeptiques hernieux souffrent dès le commencement du repas, ou quelques instants après. D'autres n'éprouvent de malaises que vers la fin de la digestion stomacale, trois ou quatre heures après l'ingestion des aliments. Chez d'autres enfin, les fonctions intestinales sont seules troublées. Eh bien, la prédominance de tels symptômes dyspeptiques, leur marche, leur durée, dépendent uniquement de la variété de siège et de la différence de constitution anatomique des exomphales dont ils sont la conséquence pathologique directe. Que l'entrave herniaire, par exemple, soit située plus à gauche qu'à droite de la gouttière ombilicale, la digestion sera troublée dès le début du repas, ou quelques instants après. Si c'est, au contraire, la portion pylorique qui se trouve neutralisée dans ses mouvements péristaltiques, les troubles digestifs n'apparaîtront que quatre, cinq heures après l'ingestion des aliments, quelquefois plus tard. Si, enfin, une anse d'intestin, précédée ou non de l'épiploon, occupe le sac herniaire, les accidents propres à la dyspepsie intestinale en seront la résultante pathologique immédiate. Cet énoncé clinique, basé sur plusieurs milliers d'observations, est rigoureusement exact.

L'estomac est entravé dans sa portion cardiaque. — L'estomac étant entravé dans sa portion cardiaque, parfois surgit, au contact des aliments avec la muqueuse stomacale, une douleur qui occupe l'épigastre, et plus particulièrement la partie correspondante à l'orifice œsophagien. Cette gastralgie persiste pendant toute la durée du séjour des aliments, et même quelque temps après. Un sentiment de brûlure lui succède, s'étendant le long de l'œsophage, avec accompagnement d'éructations très aigres. Les contractions déterminées par le passage du bol alimentaire sont d'autant plus douloureuses que le tiraillement épiploïque s'étend à la portion abdominale de l'œsophage. La surface externe de cette région se trouvant engainée par le plexus périœsophagien dont l'extension est des plus limitées, cette douleur rappelle la sensation si pénible qui accompagne

la déglutition d'un bol alimentaire par trop volumineux.

Mais le plus souvent l'arrivée des aliments dans l'estomac détermine une simple sensation de gêne, de pesanteur. Agacés, inquiets, les patients sont quelque peu oppressés et tout somnolents. Comme dans l'indigestion ordinaire, la face est injectée et les extrémités froides; le pouls est petit, le cœur parfois agité de palpitations, et la respiration plus courte. Une sensation de vide, avec tendance à la lipothymie, se produit dans la tête, plutôt que de véritables vertiges. Que se passe-t-il donc ?—Au fur et à mesure que les aliments, les boissons et les gaz déglutis, arrivent dans la cavité du ventricule, celle-ci se dilate peu à peu. L'estomac prenant volume tend à pénétrer entre l'épiploon. Ce repli péritonéal, fixé à la paroi abdominale par une partie herniée, constitue une bride qui enraie les mouvements d'ampliation stomacale. Et suivant que le tiraillement qui en résulte se manifeste plus ou moins près de l'orifice œsophagien, l'intolérance provoquée par la présence des aliments est plus ou moins accentuée, plus ou moins douloureuse : d'où, dans certains cas, relativement rares, les symptômes immédiats de la cardialgie; et, dans d'autres, très fréquents, une simple barre, un sentiment de plénitude plus ou moins pénible. Ainsi s'explique d'une façon compréhensible pourquoi les liquides ingérés en quantité suffisante pour déterminer une ampliation subite de la cavité de l'estomac provoquent un tiraillement d'emblée, plus énergique, et partant plus douloureux. La plupart des hernieux du nombril ont conscience de ce tiraillement gastro-ombilical. D'éminents gynécologues, tels que Scanzoni (de Vienne), Martineau (de Paris), Courty (de Montpellier), l'ont signalé dans leurs ouvrages, sans soupçonner son origine hernieuse.

Dès qu'ils ont mangé, les « bridés de l'estomac » éprouvent, quelques instants après, le besoin de desserrer leurs vêtements, suffoqués qu'ils sont par le refoulement du diaphragme. Le ventricule se tend et se ballonne; des nausées se produisent accompagnées de flatuosités, l'épigastre devient sensible. L'estomac distendu s'élève dans le thorax, en refoulant le cœur et le poumon; d'où la dyspnée, les palpitations, et parfois des irrégularités du pouls.

Il se produit assez fréquemment des points douloureux, tantôt dans les espaces intercostaux, principalement du côté gauche, tantôt dans la partie supérieure de l'épigastre, ou encore le long de la colonne vertébrale. Un léger taxis, pratiqué sur la hernie pathogène, éveille parfois la même sensation douloureuse. Beau attribuait une grande valeur séméiologique à ce symptôme, en tant que signe diagnostique de la dyspepsie : il était dans le vrai.

En se remuant, certains dyspeptiques hernieux éprouvent à la région épigastrique une sensation de fluctuation qui rappelle au médecin le bruit de succussion hippocratique. Ce clapotement est dû au mélange des gaz et des liquides qui s'opère dans la cavité de l'estomac dont la tunique musculaire ne jouit plus d'une tonicité suffisante.

Ces différents malaises durent quatre, cinq heures et plus. Pour obtenir quelque soulagement, les « entravés de l'estomac » marchent instinctivement le corps ployé en avant, et les mains placées sur l'hypogastre, de façon à relever la masse intestinale. D'autres se tiennent allongés sur le dos, les jambes demi-fléchies, ou encore couchés à plat ventre. Ces différentes attitudes diminuent jusqu'à un certain point le tiraillement gastro-ombilical, et leur permettent de digérer moins péniblement. Sous la pression des muscles abdominaux qui supplée à l'insuffisance des contractions du ventricule, les aliments plus ou moins bien digérés se déplacent, et disparaissent comme dans les différents actes expulsifs de l'abdomen. Préalablement, il se produit des renvois gazeux, des éructations, qui amènent un réel soulagement, accompagné d'un sentiment de détente indicible. Les gaz rendus sont inodores, ou bien portent avec eux l'odeur des aliments, du vin principalement. Mais que ces gaz soient dus à l'air dégluti en même temps que les aliments, où à toute autre cause, le fait clinique de leur accumulation est bien le résultat direct du manque de contractilité, provoqué et entretenu par une entrave herniaire.

Parfois, à la fin de la digestion, des régurgitations se produisent en même temps que les renvois gazeux. Ces régurgitations sont formées d'aliments arrivés à un degré variable de chymification, et toujours extrêmement acides. Cette acidité est due à un excès de HCl, sécrété en proportion double ou triple de la normale, et constitue l'*hyperchlorhydrie* des auteurs modernes. Chez d'autres patients, s'observe, au contraire l'*hypopepsie*, suivie de fermentations lactiques secondaires.

Le processus pathogénique de ces déviations chimiques se trouve être en corrélation exacte avec les troubles fonctionnels stomacaux qui varient eux-mêmes suivant les points d'insertion différents de la bride herniaire. Pour plus de clarté dans la démonstration, nous allons rappeler succinctement l'anatomie de la tunique séreuse de l'estomac, ainsi que le mode de distribution des vaisseaux et nerfs gastriques.

D'après M. Sappey, l'éminent anatomiste, chacune des deux lames de l'épiploon adhère, de la manière la plus intime, à la partie moyenne de la face de l'estomac qui lui correspond et dans toute son étendue. Mais au-delà, ces lames deviennent de moins en moins adhérentes, en sorte qu'au voisinage de la circonférence stomacale, elles arrivent à circonscrire un petit espace prismatique et triangulaire, dont la base répond à la grande et à la petite courbure, à la grosse et à la petite tubérosité. Ainsi adossées, elles se prolongent, celles de la petite courbure vers le foie, celles de la grande courbure et de la petite tubérosité vers l'hypogastre,

enfin celles de la grosse tubérosité vers la rate. En se dilatant, l'estomac écarte les deux lames du repli séreux dans lequel il est situé, et pénètre dans l'intervalle des épiploons, gastro-hépatique, gastro-colique et gastro-splénique, tandis qu'en diminuant de volume, il se retire de la circonférence vers le centre de la loge que lui constitue le péritoine, et abandonne les épiploons qui s'allongent en raison directe de son retrait. La tunique séreuse de l'estomac est donc disposée de manière à se prêter à une extrême variabilité de volume.

Les artères gastriques sont toutes fournies par le tronc cœliaque ; anatomosées entre elles, celles-ci forment un véritable « cercle artériel » dont l'estomac s'éloigne à l'état de vacuité, dans l'étendue d'environ 1 centimètre, et dont il se rapproche en se dilatant. Ce cercle artériel donne naissance à deux séries de branches qui se subdivisent en ramifications de plus en plus déliées, pour arriver, simples capillaires, dans les espaces interglandulaires, et former un réseau d'une extrême richesse, au niveau de l'embouchure des glandes si nombreuses de la muqueuse stomacale.

Enfin, les nerfs de l'estomac sont fournis par les pneumogastriques et le plexus solaire. Les filets émanés de cette double origine constituent dans les parois de ce viscère, deux principaux plexus : le « plexus d'Auërbach » dont les ramifications se répandent dans la couche musculaire, et le « plexus de Mesner » dont les divisions se distribuent aux glandes pepsigènes et muqueuses.

Or, suivant la variété de siège et la différence de constitution anatomique de la hernie pathogène, la bride épiploïque peut ne tirailler qu'une portion du cercle artériel péristomacal, y avoir son centre d'action, et laisser indemne la musculature de l'estomac. L'excitation vaso-motrice qui en résulte provoque un resserrement, presqu'aussitôt suivi de la dilatation des vaisseaux, correspondant au plissement hernieux. Il s'ensuit une hyperémie de la muqueuse stomacale, laquelle détermine à son tour de l'hyperpepsie ou de l'hyperchlorhydrie, qui se traduit le plus souvent par des aigreurs, remontant jusqu'à l'arrière gorge des patients.

Sans influencer nullement les vaso-moteurs gastriques, le tiraillement peut s'étendre directement à une des faces de l'estomac, et troubler plus ou moins profondément l'innervation si riche de cet organe. L'irritation se prolongeant, il se produit un état parésique de la tunique musculaire, avec arrêt de la digestion par insuffisance de sécrétions, d'où la tympanite, accompagnée d'hypopepsie, et suivie de fermentations lactiques secondaires. Cl. Bernard, cette gloire de l'Ecole physiologique française, avait depuis longtemps déterminé les conditions d'origine de ces derniers troubles chimiques. Des phénomènes d'acidité peuvent en effet se manifester dans les cas d'hypopepsie et induire le médecin en erreur. La réaction acide provient alors de fermentations lactiques secondaires : les matières amylacées telles que le pain, le sucre, renfermées dans la cavité de l'estomac, subissant une décomposition chimique, en dehors de tout travail digestif.

Mais fréquemment, il arrive que la bride épiploïque tiraille à la fois la musculature de l'estomac et, dans une certaine étendue, le cercle artériel péri-stomacal. Il s'ensuit des troubles variés dans les fermentations gastriques, troubles des plus difficiles à étudier cliniquement, par le fait même de leur multiplicité et de leur inconstance. Aussi nombre de dyspeptiques hernieux éprouvent-ils, simultanément, du tympanisme parésique musculaire, et des renvois acides, dus à des sécrétions gastriques exagérées : ce qui, *à priori*, peut paraître contradictoire. L'ensemble de ces considérations permet de saisir le mécanisme physiologique de ces déviations chimiques, dont la causalité est restée jusqu'alors des plus obscures.

Dans certains cas de dyspepsie hernieuse, il survient des vomissements qui, comme dans l'indigestion ordinaire, tendent à débarrasser l'estomac des aliments qui l'encombrent. Ces vomissements sont dus aux troubles nervo-moteurs du ventricule. Si, d'une part, la portion cardiaque et principalement l'orifice œsophagien sont atteints de parésie par suite d'un tiraillement herniaire ; et si, d'autre part, la portion pylorique garde sa tonalité intégrale, le rejet des aliments en sera la conséquence mécanique forcée. Au demeurant, ces vomissements ne sont que de la régurgitation en masse. Chez certains gastropathes, ces vomituritions se reproduisent une ou deux fois par semaine, et ont été appelées avec beaucoup d'à propos « migraines dyspeptiques ».

L'estomac est entravé dans sa portion pylorique. — Un assez grand nombre de dyspeptiques hernieux ne souffrent nullement au commencement du repas. Mais trois, quatre heures après l'ingestion des aliments, une douleur plus ou moins vive se fait sentir dans l'extrémité droite de l'estomac, et envahit l'hypocondre correspondant. S'il s'agit du repas du soir, des cauchemars, de l'agitation, de l'insomnie surviennent pendant la nuit. Au point de vue clinique, cette transition de la digestion stomacale à la digestion intestinale a son importance, puisque c'est à ce moment même que se produit un état de souffrance qui est à l'évacuation gastro-duodénale ce que la gastralgie est à l'arrivée des aliments dans la partie cardiaque du ventricule. Dans ces dyspepsies tardives, une hernie siégeant à droite de la gouttière ombilicale est la cause fréquente de ces nouveaux désordres.

Le tiraillement épiploïque agissant directement sur la valvule pylorique, il surgit une douleur poignante dans le point correspondant à cet orifice, accompagnée de nausées avec flatulence, et bientôt suivie d'un besoin d'aller à la garde-robe des plus impérieux, auquel il est impossible de ne pas obéir. Il se produit une véritable incontinence du pylore, laquelle résulte de la pa-

résie de ce sphincter. Les muscles intestinaux échappant complètement à l'empire de la volonté, les patients peuvent d'autant moins réprimer ce besoin, que les parois abdominales jouissent d'une tonicité constante. Cette action de pression permanente se change en force d'expulsion irrésistible, lorsque les divers plans de la vaste poche abdominale viennent à se contracter sous l'influence de cette excitation viscérale. Les aliments passent dans l'intestin sans être digérés, et sans que l'appétit soit satisfait.

Si le tiraillement épiploïque influence seulement la portion pylorique, le sphincter restant indemne, la douleur moins violente s'étend progressivement à tout l'hypocondre droit. Mais en revanche, celle-ci persiste beaucoup plus longtemps, et tourmente davantage les malades. Le ventricule, impuissant à se débarrasser des aliments plus ou moins bien digérés, se distend outre mesure. Les parois perdant peu à peu leur pouvoir rétractile, il en résulte à la longue une dilatation de l'estomac. La tympanite ne cède qu'à l'apparition tardive d'une sensation de gargouillement, accompagnée de nausées et de renvois. C'est l'annonce certaine de l'évacuation qui met fin à la flatulence, véritable torture pour les miséreux de l'estomac.

Ces derniers désordres avaient été attribués à un rétrécissement du pylore. Certains analystes du suc gastrique les font présentement remonter à l'hyperchlorhydrie. Or, d'après la théorie physiologique de Moritz Schiff sur les contractions de l'estomac, chacune des deux portions inégales de cet organe, l'une cardiaque, l'autre pylorique, exécute des mouvements indépendants et distincts. D'autre part, les contractions qui commencent vers le milieu de l'organe se propagent plus énergiquement vers le pylore que celles qui retournent en sens inverse. Fréquemment, on observe sur la partie moyenne de ce viscère un léger étranglement qui semble le diviser en deux loges. Cette dépression circulaire est due à la contraction des fibres musculaires, plus accentuée à droite qu'à gauche. Les contractions de la partie pylorique étant neutralisées par le tiraillement épiploïque qui s'y répercute, le sphincter du pylore et la portion cardiaque gardant leur tonicité intégrale, la marche du chyme est forcément paralysée. Cette explication est d'autant plus concluante que la sensation du gargouillement libérateur rappelle exactement les éructations qui, dans la dyspepsie cardiaque, annoncent que l'évacuation vient de s'effectuer. Etant donné l'état peu grave de ces gastropathes, il n'est pas possible d'attribuer ces troubles digestifs à un rétrécissement spasmodique du pylore lorsque ce dernier n'est le siège, ni d'une inflammation, ni d'une lésion organique, et encore moins à l'hyperchlorhydrie chimiatrique. Les effets curatifs d'un traitement contentif approprié prouvent, du reste, surabondamment que l'obstacle à une digestion plus rapide tient uniquement à l'état parésique de la portion pylorique de l'estomac, déterminé par une entrave herniaire.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Neurasthénie et arthritisme ; urologie, régime alimentaire, traitement, par le Dr R. Vigouroux, chef du service d'électrothérapie des hôpitaux, avec une introduction par le Dr F. Levillain. Paris, Maloine éditeur, 1893.

Dans cet opuscule qui débute par une introduction de M. Levillain sur la nutrition générale et les indications thérapeutiques de la neurasthénie, le Dr Vigouroux propose, dans le traitement de cette maladie, de tenir compte moins du symptôme, qui jusqu'à présent est trop en vue, que de la nutrition elle-même. Pour se rendre compte de l'état de la nutrition, l'auteur a surtout interrogé l'urine à l'aide de la méthode de M. Gautrelet dont tout le monde connaît la compétence en pareille matière. Les analyses ont porté sur l'urine de plus de 150 neurasthéniques, or, tous les tracés séméiologiques dont la forme appartient à M. Gautrelet démontrent un fait caractéristique, qui est une hyperacidité surprenante avec diminution des produits excrémentitiels normaux et augmentation des produits d'oxydation incomplète. Ces caractères de l'urine sont précisément ceux de l'arthritisme. S'appuyant sur ces indications, M. Vigouroux propose de soigner les neurasthéniques en leur prescrivant un régime restreint proportionnel à la dépense, et d'autre part, de relever la nutrition générale pour rétablir la formule urologique normale. On lira dans l'ouvrage de l'auteur comment le problème est résolu au point de vue très important du régime ; quant au traitement proprement dit, il se résume dans l'usage des alcalins et de la franklinisation. Ce traitement diffère dans ses parties essentielles de celui qui a été adopté jusqu'à présent, mais on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il a pour lui la logique.

L. Jumon.

Bruits de souffle et bruit de galop, par le Dr E. Barié, médecin de l'hôpital Tenon. Paris, Rueff et Cie, éditeurs.

Sous ce titre M. le Dr Barié nous a donné une étude pratique de ce qu'on pourrait appeler la séméiologie auscultative du cœur, et a résumé les récentes acquisitions de la science sur ce sujet, dans un livre qui se recommande à la fois aux médecins et aux étudiants. Cet ouvrage est divisé en deux partie.

Dans une première partie l'auteur étudie les bruits de souffle proprement dits en commençant par l'étude des bruits normaux et de leur physiologie. Les bruits de souffle intra-cardiaque sont d'abord passés en revue sous le rapport de leur localisation, des conditions très variées qui peuvent les influencer, de leurs carac-

tères cliniques, de leur diagnostic, de leur valeur séméiologique, enfin de leurs particularités suivant le siège de la lésion d'orifice. L'étude des bruits de souffle extra-cardiaques de la base et de la pointe forment le complément obligé de celle des bruits de souffle cardiaques.

La deuxième partie a pour objet l'étude des bruits de galop dont l'auteur prend pour type le bruit de galop du cœur droit, le bruit étant constitué par un troisième bruit surajouté aux bruits normaux. M. Barié rappelle que le bruit n'est point exclusivement lié à la néphrite interstitielle, mais peut s'observer dans la fièvre typhoïde, la péricardite, l'aortite, la symphyse cardiaque, la chlorose, la cachexie profonde; néanmoins il s'est étendu sur la physiologie pathologique du bruit de galop dans la néphrite interstitielle avec tous les détails qu'exige l'importance de cette question. Les dernières pages sont consacrées au bruit de galop du cœur droit, à ses caractères cliniques et à ses causes. L. J.

Des inhalations d'oxygène dans l'hygiène et la thérapeutique des nouveau-nés, par Mlle Camille Landais. — Th. de Paris, 1892.

Sauver d'une mort certaine les nouveau-nés débiles, tel est le but que s'attachent à remplir les accoucheurs, et il faut le dire, but bien souvent atteint. Depuis ces dernières années, les moyens de rappeler à la vie, de conserver à l'existence les nouveau nés, se sont multipliés, et ont heureusement diminué la morti-natalité. Mlle Camille Landais étudie un des moyens les plus puissants qui aient été mis en usage, les inhalations d'oxygène. Le traitement peut être employé comme traitement hygiénique et thérapeutique, s'adressant aux prématurés et aux débiles, aux athreptiques de quelque cause que ce soit. Les inhalations agissent comme excitant du système nerveux et s'associent très heureusement au système de la couveuse, remplissant alors le rôle d'aseptisant.

Pour démontrer cette dernière action, l'auteur rapporte une série de recherches qui ont donné les résultats suivants : α, à la clinique, la couveuse sans oxygène offre déjà au nouveau-né une atmosphère égale au point de vue clinique, supérieur au point de vue microbien, à l'atmosphère de la salle dans laquelle elle se trouve; β, cette atmosphère est encore rendue meilleure aux deux mêmes points de vue par l'oxygénation ; γ, l'asepsie presque complète de la couveuse peut être réalisée plus simplement encore, par une légère couche d'ouate, faisant fonction de filtre aux orifices d'entrée de l'air dans la couveuse.

Le travail est écrit avec soin et l'on voit que l'auteur s'est attaché à son sujet. On y trouve une douceur, une sorte d'attendrissement pour les malheureux petits nouveau-nés débiles et voués à la mort, une sorte de plaisir joyeux lorsque, dans une observation, est notée leur retour à la vie, qui démontre qu'une femme seule pouvait aussi consciencieusement traiter un tel sujet.

F. Verchère.

REVUE DE LA PRESSE

Des névroses hystériques du pneumogastrique. — Le Dr Carl von Noorden (1) a eu l'occasion d'observer à l'hôpital de la Charité (de Berlin), chez les femmes hystériques, un syndrome qui n'a été décrit nulle part. Il s'agit de troubles fonctionnels portant sur trois territoires différents innervés par le pneumogastrique.

1° Du côté du *pharynx et du larynx*, von Noorden a noté l'hypoesthésie ou l'anesthésie du pharynx, de l'entrée supérieure du larynx et même du larynx jusque dans la trachée. A ces troubles de la sensibilité s'ajoute parfois de l'aphonie ; enfin, il peut y avoir de l'hyperesthésie de la muqueuse.

2° Du côté de l'*estomac*, de l'hyperesthésie qui se traduit par les sensations douloureuses, et des vomissements au moment de l'ingestion des aliments.

3° Du côté du *cœur*, le ralentissement et l'irrégularité des battements.

Les deux premiers groupes de symptômes sont si communs chez les hystériques qu'il n'est vraiment pas la peine d'insister, il suffit de faire remarquer leur association.

Il n'en est plus de même du troisième groupe, beaucoup moins connu en tant que phénomène hystérique. Gerhardt, Jolly, Riegel ont signalé le ralentissement du pouls tout en faisant remarquer qu'il est beaucoup moins fréquent que l'accélération, ce que Noorden admet également.

La bradycardie observée par ce dernier avait une durée qui a varié d'un quart d'heure, de quelques heures à plusieurs semaines. Chez plusieurs malades la nature hystérique du phénomène était mise en évidence par ce fait que, pendant l'examen même du pouls, le nombre des pulsations, qui était normal, s'abaissait bientôt au-dessous de 60, ce qui est particulièrement intéressant pour un ordre de phénomènes sur lequel la volonté a bien peu de prise.

L'irrégularité du pouls est un signe qui n'a guère été constaté comme étant de nature hystérique, c'est tout au plus si on l'a observée pendant des accès très violents, auquel cas il s'agit d'un trouble d'origine purement mécanique. Or, ces malades de Noorden n'avaient pas d'attaque et pendant la période d'irrégularité cardiaque elles respiraient et conversaient tranquillement avec l'observateur. Ici encore, la durée de ces irrégularités était fort variable, tantôt prolongée, tantôt limitée à quelques jours ou quelques heures, parfois même, seulement au moment de l'examen. Dans cette dernière circonstance on pouvait supposer une influence suggestive, certaines malades sachant qu'on allait rechercher ce phénomène sur elles. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, car l'irrégularité a dû être remarquée sur plusieurs malades observées pour la première fois.

(1) *Charite-Annalen*, 1893.

Le caractère de l'arythmie est variable, et Noorden par la palpation, l'auscultation et les tracés graphiques, a établi les types suivants :

1° Le cœur donne une série régulière de 5 à 20 contractures consécutives. Entre ces séries, il se produit une petite pause qui a la durée d'une pulsation ou à peu près.

2° La fréquence du pouls se modifie rapidement, en sorte qu'en observant pendant plusieurs minutes on sent le pouls, qui était régulier, doubler de fréquence pendant un quart de minute par exemple, puis revenir peu à peu à la normale.

3° Les pulsations sont si irrégulières que c'est à peine si l'on peut trouver des intervalles égaux entre deux ou trois pulsations.

4° Il existe, enfin, des arythmies régulières, c'est-à-dire des pouls bigéminés ou trigéminés qui durent quelques minutes ; les tracés reproduits par Noorden sont très nets à cet égard. Ce type serait, paraît-il, assez fréquent. Bien entendu, ces irrégularités sont indépendantes de lésions cardiaques.

Tous les troubles signalés par Noorden n'ont en soi rien de bien caractéristique, ce qui fait leur valeur, c'est leur groupement chez la même personne, groupement qui indique un trouble fonctionnel portant sur diverses branches du pneumogastrique. Les troubles peuvent varier en intensité, la bradycardie peut manquer, mais on observe toujours l'arythmie à un moment donné.

Quant aux symptômes gastriques toujours très marqués au point qu'ils poussent les malades à entrer à l'hôpital, on ne peut pas toujours exclure la possibilité de lésions graves, telles qu'un ulcère.

En résumé, Noorden admet, d'après ses observations, que chez des personnes hystériques qui souffrent de troubles gastriques pour une raison quelconque, maladie organique ou dyspepsie nerveuse, on voit souvent se développer des troubles fonctionnels dans les autres territoires du nerf pneumogastrique. Il resterait cependant à être renseigné sur l'état du pouls et de la sensibilité du larynx chez les femmes qui souffrent de troubles gastriques.

L. Jumon.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 décembre. Présidence de M. de Lacaze-Duthiers.

Sur la stabilité à l'air de la solution de sublimé corrosif au milième. — M. Tanret présente une note relatant des expériences d'où il résulte que, dans les conditions ordinaires, l'air peut être considéré comme sans action sur la solution de sublimé au milième dans l'eau distillée, tandis qu'il la décompose s'il est chargé de vapeurs ammoniacales.

Influence de certaines causes sur la réceptivité. Associations bactériennes. — M. V. Galtier adresse une note qu'il résume ainsi.

En résumé, il découle de mes recherches :

1° Qu'on peut donner au lapin la réceptivité, vis-à-vis du charbon symptomatique, par la simple injection d'une certaine quantité d'eau ordinaire dans une veine ;

2° Qu'il peut l'acquérir à la suite de quelque maladie antérieure ;

3° Qu'il est possible de la faire naître par l'association de la bactéridie, même atténuée, avec le *bacillus Chauvœi* ;

4° Que l'adjonction de la bactéridie atténuée précipite l'évolution et la terminaison fatale du charbon symptomatique chez le cobaye, et qu'il en est de même du *bacillus Chauvœi* à l'égard du charbon bactéridien ;

5° Que la bactéridie atténuée se renforce en pullulant dans l'organisme du cobaye inoculé en même temps du charbon symptomatique ;

6° Que, dans les localités où se trouvent réunis les microbes des deux charbons plus ou moins atténués, la réceptivité des animaux peut être exaltée, vis-à-vis de l'une ou de l'autre maladie, par l'infection simultanée ou successive avec les deux agents pathogènes ;

7° Que, grâce à cette association, des microbes plus ou moins atténués et incapables de produire à eux seuls une maladie grave peuvent récupérer tout ou partie de leur activité pathogène ;

8° Qu'il est indiqué de ne faire subir aux animaux qu'on veut immuniser contre les deux charbons les inoculations préventives afférentes à chaque maladie que successivement et en laissant entre elles un certain laps de temps ;

9° Que le rôle pathogène de la bactéridie, même atténuée, peut être favorisé par l'adjonction du *Streptococcus pneumo-enteritis*, qui est revenu lui-même à l'état de microbe saprogène inoffensif, et que la bactéridie atténuée peut préparer l'organisme à subir l'action du streptocoque ;

10° Que l'on peut de la sorte s'expliquer le retour ou la réapparition du charbon ou de la pneumo-entérite du cheval à la suite de pluies ou inondations qui ont eu pour effet d'amener telle espèce microbienne vers telle autre et de favoriser, en les associant, l'action de l'une ou de l'autre, alors même que chacune d'elles était devenue plus ou moins inoffensive ;

11° Que certains microbes, ceux du choléra aviaire et de la pneume-entérite infectieuse du porc, qui l'emportent sur la bactéridie charbonneuse quand ils sont associés avec elle, peuvent également être renforcés quand, ayant été préalablement atténués, ils sont inoculés avec des bactéridies atténuées ;

12° Qu'il y a lieu de tenir grand compte, pour expliquer le réveil de certaines enzooties ou épizooties et le retour de certaines maladies microbiennes, du rôle adjuvant que peuvent jouer d'autres microbes plus ou moins atténués ou simplement saprogènes.

Toxicité du sang de la vipère (Vipera aspis *L.*). — MM. C. Phisalix et G. Bertrand disent : Nous sommes autorisés à conclure qu'il existe dans le sang de la vipère des principes semblables à ceux du venin, doués comme ceux-ci d'une très grande activité physiologique et provenant sans doute de la sécrétion interne des glandes. La présence de ces principes toxiques dans le sang doit être considérée comme la véritable cause de l'immunité de la vipère pour son propre venin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 janvier 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

La Correspondance comprend : 1° des lettres de candidature de MM. du Castel, Henri Huchard, Sevestre, dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale ; de MM. Blache, Rivière, Galezowski dans la classe des associés libres ; de MM. Raymond et Malassez, dans la section d'anatomie pathologique ; 2° une lettre de Mme veuve Baillarger envoyant à l'Académie le buste de son mari ; 3° une lettre de M. le Dr Zancarol, d'Alexandrie, qui se porte candidat au titre de correspondant étranger.

L'épidémie de typhus exanthématique. — M. Proust rappelle l'épidémie de typhus exanthématique qui a sévi en France en 1893 et montre l'influence prépondérente des vagabonds sur sa propagation. L'origine bretonne de cette dernière épidémie a nettement montré que la transmission a eu lieu de ville en ville par des gens venant demander asile dans les granges, les asiles de nuit, les hôpitaux ou hospices, les dépôts de mendicité, les prisons, etc ; bientôt les personnes appelées à leur donner des soins ont contracté la maladie et formé comme autant de foyers qu'il n'a été possible d'éteindre que par des mesures énergiques de désinfection.

Au moment où quelques cas de typhus viennent de réapparaître dans plusieurs départements et même à Paris, il importe de ne recevoir aucun vagabond dans un établissement quelconque sans procéder tout d'abord à la désinfection de ses vêtements et au nettoyage de l'individu. A Paris, cela est facile, grâce aux établissements publics de désinfection, car on a vu quels services ils ont rendus dans l'extinction rapide de l'épidémie dernière. En province, de telles pratiques se multiplient heureusement ; il est de la plus grande importance de surveiller avec soin les lieux d'asile de toutes sortes et de les munir des installations nécessaires.

Chez presque tous les malades le diagnostic a été porté trop tard, cependant le typhus est l'une des maladies sur lesquelles l'hygiène a le plus de prise et que par conséquent il est plus utile de diagnostiquer de bonne heure.

Le diagnostic du typhus repose sur les symptômes et sur l'étiologie. Pour compléter le diagnostic il y a lieu de rechercher l'existence d'une fièvre typhoïde antérieure chez les malades, cette affection récidivant rarement.

Il n'y a en ce moment que quelques cas de typhus, l'épidémie est donc facile à arrêter.

M. Léon Colin veut insister sur le rôle spécial qu'a joué dans l'histoire de l'épidémie parisienne un médecin de la maison de Nanterre, M. Sapelier qui a eu le mérite de reconnaître et de déclarer le premier l'existence de cette épidémie.

Le catharre broncho-laryngé est très important pour le diagnostic du typhus ; avec l'éruption, on peut hésiter dans le diagnostic, non avec la fièvre typhoïde, mais avec la rougeole.

Il est juste de déclarer que dans la dernière épidémie le mal a été bientôt enrayé grâce à l'excellence et à la rapidité des mesures de désinfection prises sous la direction de M. le Dr A. J. Martin.

Du passage des subtances étrangères à l'organisme à travers le placenta. — M. Porak. Depuis 1877, j'ai étudié, dans des expériences très nombreuses, le passage ou l'accumulation de certaines substances dans le placenta. Voici les résultats que j'ai obtenus :

L'arsenic, le cuivre, le plomb, l'atropine, le phosphore traversent, le mercure, l'alizurine ne traversent pas le placenta. Cet organe est un lieu d'accumulation élective pour le cuivre et surtout pour le mercure. Le plomb ne s'y fixe pas.

La présence de substances étrangères à l'organisme dans le placenta démontre que c'est bien par cet organe que s'effectuent les échanges matériels entre la mère et le fœtus.

Les poisons s'accumulent en plus grande quantité dans les tissus du fœtus que dans ceux de la mère, en vertu probablement de leur puissance assimilatrice. Ils se diffusent davantage chez les petits, où on les trouve dans le foie, dans le système nerveux central et dans la peau, que chez la mère où on les trouve presque exclusivement dans le foie. Cette circonstance permet de distinguer dans l'accumulation des poisons une affinité élective des tissus et une affinité de passage pour le foie.

Cette action toxique sur les petits permet de comprendre la pathogénie de l'avortement qui est dû ordinairement à une action directe sur la circulation placentaire ou à un retentissement de la santé de la mère sur la santé des petits. Elle explique la mortinatalité et la polymortalité des jeunes par l'accumulation du poison soit dans le placenta, soit dans le système nerveux central.

Ces recherches donnent la mesure de l'affinité des tissus pour les poisons, difficile à apprécier chez l'adulte à cause de leur accumulation dans le foie due à leur passage à travers cet organe. Elles expliquent soit la symptomatologie de l'intoxication, soit l'action thérapeutique des poisons administrés à doses tolérables.

A 4 h. 45, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 décembre 1893. — Présidence de M. Fernet.

Le ganglion de Troisier et sa valeur séméiologique. — M. Galliard présente un ganglion sus-claviculaire recueilli chez une femme morte d'un carcinome rétro-sternal et préaortique. Il existait de plus une pleurésie séreuse gauche. Le ganglion siégeait au-dessus de la clavicule gauche, en arrière de l'insertion du sterno-mastoïdien, et était unique. Ce fait prouve encore une fois la valeur séméiologique de l'adénopathie signalée par M. Troisier.

M. Rendu lit le compte rendu des travaux de l'année et apprécie l'œuvre des membres décédés : MM. Desnos, Hardy, Ball, Marrotte, Delasiauve, Peter, Vidal, Lallier et Charcot.

Le Bureau de la Société est ainsi composé pour l'année 1893 : MM. Ferrand, *président* ; Hayem, *vice-président* ; Rendu, *secrétaire général*.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 23 décembre 1893.
Présidence de M. Christian, Vice-Président.

La séance est ouverte à 4 heures.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Revues et journaux habituels; bulletins de la Société Académique de Brest; thèse sur l'hydrologie, par le Dr Sanchez, de Caraccas.

Le Président annonce à la Société que MM. Desnos et Trousseau ont été couronnés par l'Académie de médecine, l'un pour l'ensemble de ses publications sur les maladies des organes génito-urinaires, l'autre pour son dernier volume intitulé : Hygiène de l'œil. Il adresse aux deux lauréats les félicitations les plus sincères.

Rapport sur la candidature de M. Albert Le Blond, à l'honorariat, M. Rougon. — Messieurs, vous avez nommé à la dernière séance une commission composée de MM. Perrin, de Beauvais et Rougon, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de notre collègue M. Le Blond, au titre de membre honoraire.

M. Le Blond fait partie de la Société de médecine de Paris depuis 1875; son mémoire de candidature avait pour titre : « L'avortement spontané dans les premiers mois de la grossesse et l'importance médico-légale de l'intégrité des membranes. » Des travaux subséquents sur les infections intra-utérines, la destruction des rétrécissements du col de l'utérus par l'électrolyse, le traitement de l uréthrite chez la femme, l'emploi de la résorcine dans le traitement de la diphthérie, le traitement du diabète par l'eau chargée d'oxygène sous pression, témoignent de la part active que M. Le Blond a prise dans un temps à nos discussions.

Votre collègue ne pouvant, depuis, à son grand regret, assister aux séances de la Société, sollicite le titre de membre honoraire.

Votre commission a l'honneur de vous proposer d'accorder ce titre à M. Le Blond.

Les conclusions du rapport sont adoptées; le vote sur l'admission aura lieu dans la prochaine séance.

Le banquet annuel est fixé au samedi 20 janvier 1894. Commissaires : MM. Dubuc et Ed. Wickham.

La séance est levée à 5 heures 3/4, après avoir été consacrée à des discussions d'ordre administratif.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 janvier 1894. — Présidence de M. Ch. Périer.

Péritonite tuberculeuse ; laparotomie ; guérison opératoire et mort ultérieure deux mois après l'intervention. — M. Demnaler.

Note sur une nouvelle opération de glaucome. — M. Nicati (de Marseille) fit déjà deux communications tendant à prouver que le glaucome serait dû à une hydropisie du corps vitré; d'où l'intervention par ponction, sclériritotomie comprenant trois temps. Dans un premier temps, on introduit la lame parallèlement à l'iris et sortant de nouveau par ponction de la sclérotique ; par un deuxième temps on fait une incison perpendiculaire qui laisse échapper l'humeur aqueuse; puis, dans un troisième temps de sortie, section large des nerfs de l'iris de façon à empêcher l'action sécrétoire de ces nerfs. Par ces trois temps on obtient ainsi un lambeau à volet, qui laisse s'écouler librement et complètement le liquide cornéen.

M. Delens fait un rapport sur ce travail en indiquant que M. Nicati enverra de nouvelles observations sur l'efficacité de cette opération.

Traitement du prolapsus utérin par l'hystérectomie vaginale. — M. Segond. Les indications générales de l'intervention sont, suivant moi, les mêmes que celles qui ont été indiquées par le rapporteur, répondant aux trois groupes anatomiques : appareils de soutènement, de suspension enfin subordonnés aux lésions de l'utérus lui-même.

Pour obtenir un bon résultat, il faut examiner chacune des causes du prolapsus, et associer toutes les opérations qui remédient à chacune de ses causes.

La considération de l'âge de la femme est de toute importance. Mais l'état néoplasique de l'organe, une lésion annexiale, enlève à l'âge de la femme sa valeur prépondérante et peut faire passer outre.

L'irréductibilité utérine, et la nécessité d'opérations très multiples chez des femmes âgées, sont de même des indications formelles de l'hystérectomie, l'âge ici entrant en ligne de compte.

J'ai eu l'occasion d'intervenir chez trois malades dans des circonstances semblables. Les trois malades ont admirablement guéri. Deux d'entre elles ont conservé un léger degré de cystocèle.

Quant au procédé opératoire conseillé par Quenu, je ne l'ai jamais exécuté moi-même, ni vu exécuté par M. Quenu. Il cherche à obtenir une sangle qui rétracte le vagin vers la partie supérieure. Il rejette l'usage des pinces parce que, dit-il, elles donnent lieu à de la suppuration et par suite la *restitutio ad integrum* ne peut se faire. Or, dans les cas d'hystérectomies vaginales pour très gros fibromes, on ne trouve qu'une cicatrice froncée, une cicatrice de moignon, si bien qu'avant de considérer l'emploi des pinces comme déplorable, il faut attendre de prouver que la solidité obtenue par les pinces n'est pas tout aussi grande que celle qu'il obtient avec son procédé compliqué.

M. Richelot. Je viens apporter des réserves, beaucoup plus grandes encore que celles qu'a apportées M. Segond, au rapport de Quenu.

Dans un cas où j'ai fait l'hystérectomie pour prolapsus chez une femme de 60 ans, j'ai dû la considérer comme une opération préliminaire avant de faire ultérieurement le cloisonnement vaginal.

J'en fis une autre pour prolapsus doublé de fibrome, et fus forcé de la compléter par une colporrhaphie. Puis une autre avec lésion annexielle. Enfin plus récemment j'enlevai un prolapsus avec énorme hypertrophie sus-vaginale ; et chez une dernière, je vois dès maintenant récidiver une cystocèle que je devrai traiter par la colporrhaphie.

Sur mes 6 interventions, je n'ai fait que 4 hystérectomies vaginales de parti pris pour prolapsus.

Je trouve l'hystérectomie légitime chez les femmes âgées, chez celles qui ont des lésions qui par elles-mêmes suffisent à indiquer l'hystérectomie.

La colporrhaphie est suffisante dans le plus grand nombre des cas. L'hystérectomie vaginale ne donne pas dans le prolapsus tous les avantages que l'on pourrait supposer. Tous les procédés de fixation vaginale sont purement illusoires. On se rappelle le procédé de vagino-fixation qu'a publié Péan, je ne peux dire qu'une chose c'est que j'ai dû opérer à l'hôpital la malade qui avait été donnée comme un succès. Je n'ai pas plus grande confiance dans le procédé de M. Quénu. M. Ségond nous disait que les ligaments larges se fusionnaient avec la collerette vaginale. J'ai eu en 1886 l'occasion de voir à l'autopsie cette fusion aussi parfaite que possible. Les pinces donnent cette fusion, à quoi

bon employer un procédé plus compliqué? De plus les malades de M. Quénu sont opérées récemment. Chez une il a dû compléter son intervention par une colporrhaphie ; il sera peut-être entraîné à en faire autant à ses autres opérées. Et s'il n'y a pas de récidive, ce ne sera pas encore une preuve que cette persistance de la guérison est due uniquement à la suture du vagin.

Doit-on considérer l'hystérectomie vaginale comme un auxiliaire de la colporrhaphie. Dans certains cas, cela est évident, mais il faut savoir que c'est le vagin qui se déroule au-dessous de l'utérus et l'attire et non l'utérus qui pousse par son poids. Aussi dans les cas où on a fait l'hystérectomie vaginale, il faut faire immédiatement la colporrhaphie, opération principale et seule véritablement efficace.

M. Lucas-Championnière. Plus on fait d'hystérectomie pour prolapsus, plus il y a de temps qu'on en fait, plus on est sceptique sur son efficacité. J'ai fait plus d'opérations qu'on en a citées. J'étais au dernier Congrès de chirurgie prêt à lire un travail sur l'hystérectomie pour prolapsus ; je n'ai pu le faire à cette époque. Quelque temps après il était trop tard, la malade avait récidivé, cystocèle et rectocèle. Je ne pouvais plus la citer.

Ce que l'on doit dire tout de suite, c'est que toutes les opérations qui ont été proposées donnent primitivement de bons résultats, mais la désillusion survient peu après.

J'ai relevé 8 cas d'hystérectomies que j'ai opérés pour prolapsus. Après l'utérus enlevé, la tendance à la récidive me paraît tout aussi grande. Mes premières observations ont été faites avec les ligatures ; le résultat a été moins bon que dans les dernières avec les pinces où le relèvement du cul-de-sac vaginal m'a paru plus complet.

Mon expérience me met en défiance contre mes propres résultats et par suite encore plus contre ceux de M. Quenu qui me paraissent encore bien jeunes et bien théoriques

L'hystérectomie pour prolapsus paraît des plus simples, des plus faciles. Je dois dire cependant que j'ai cru remarquer une tendance à l'hémorrhagie. Chez deux malades (j'avais fait chez l'une des ligatures, chez l'autre mis des pinces) se firent des hémorrhagies. Chez une troisième où j'avais fait l'hystéropexie et l'ablation des annexes, je fis pour une récidive l'ablation de l'utérus ; l'opération ne dura pas un quart d'heure. Au cours de l'opération j'avais retrouvé la bride fibreuse de la paroi antérieure, résultant de l'ancienne hystéropexie. Le soir, la malade avait une hémorrhagie et mourait d'épuisement, des suites de son hémorrhagie. On trouva le foie gros à l'autopsie.

Chez ces malades, il y a des vaisseaux relâchés, les tissus sont flasques, flottants, et je crois que cette hystérectomie, en apparence plus simple, doit être regardée comme plus grave que celles faites dans d'autres circonstances.

Enfin, j'ajouterai avec M. Richelot qu'après l'hystérectomie on peut se mettre dans de meilleures conditions en ajoutant comme auxiliaire la colporrhagie.

Appendicite et péritonite. — Présentation de malade, par M. Tuffier.

Résection du maxillaire inférieur. — Présentation de malades, par M. Moty.

Kyste de l'utérus. — Présentation de pièces, par M. Monod.

Corps étranger articulaire. — Présentation de pièces, par M. Berger.

F. Verchère.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine et la déclaration obligatoire en cas de maladies épidémiques.

Le samedi 30 décembre a paru au *Journal Officiel* l'arrêté ministériel fixant définitivement les maladies dont la déclaration est désormais obligatoire pour le médecin, précédé d'une circulaire aux préfets, datée du 1er décembre, et relative à l'application de la loi sur l'exercice de la médecine.

Voici cette circulaire in extenso :

Monsieur le Préfet,

Je vous adresse deux exemplaires de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, qui, aux termes de l'article 34, est exécutoire à partir de ce jour.

Cette loi contient des prescriptions concernant les études en vue de l'obtention des diplômes de médecin, de chirurgien-dentiste, sage-femme ; il appartient à M. le ministre de l'instruction publique d'en assurer l'exécution. Elle renferme également des dispositions relatives à l'exercice de la médecine proprement dit.

Déclaration des cas de maladies épidémiques ; mesures à prendre. — Une des dispositions les plus importantes de la loi, parce qu'elle a pour but d'assurer la protection de la santé publique, est l'obligation imposée par l'article 15 à tout docteur, officier de santé ou sage-femme, son diagnostic établi, de faire à l'autorité publique la déclaration des cas des maladies épidémiques tombées sous son observation. Le même article charge le ministre de l'intérieur d'arrêter, d'une part, la liste des maladies épidémiques dont la vulgarisation n'engage pas le secret professionnel, et d'autre part, le mode de déclaration desdites maladies.

Vous trouverez joint à la présente circulaire un arrêté, en date du 23 novembre, qui contient dans son article 1er la liste des maladies dont il s'agit, dressée, conformément à la loi, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

La déclaration obligatoire se justifie d'elle-même.

« Il est impossible, disait le rapporteur de la loi au Sénat, d'organiser l'hygiène dans une ville, dans une commune, si la municipalité, si le bureau d'hygiène qui la représente dans un certain nombre de nos grandes villes françaises ne sont pas prévenus, au début d'une épidémie, de chaque fait de maladie épidémique qui se présente dans la ville ou dans la commune. Il faut connaître le mal dès son apparition, sa localisation dans telle maison, dans tel quartier, pour y porter un remède efficace. »

C'est donc l'intérêt qu'a le corps social à connaître dès son apparition une maladie épidémique qui a con-

duit le législateur à faire de la dénonciation de cette maladie une obligation pour les médecins.

« C'est là, en quelque sorte, disait le rapporteur de la loi à la Chambre des députés, le prix du monopole concédé aux médecins par l'Etat. » Et le rapporteur de la loi au Sénat exprimait la même opinion : « Il est juste que l'administration demande au corps médical des services d'intérêt public en même temps qu'elle lui octroie des privilèges. »

L'article 15 n'est du reste pas une innovation ; il étend à certaines maladies épidémiques l'obligation que l'article 13 de la loi du 3 mars 1822 impose au médecin de dénoncer immédiatement tous cas de choléra, de fièvre jaune ou de peste. Cette obligation n'est pas considérée par les juges les plus compétents comme imposant au médecin la violation du secret professionnel. L'obligation nouvelle de déclarer à l'autorité publique les cas de scarlatine, de diphtérie, de fièvre typhoïde, etc., n'est pas davantage contraire au devoir professionnel de secret. La dénonciation à l'autorité publique n'est pas une révélation dans le sens de l'article 378 du Code pénal. Par exemple, un médecin ne trahit pas le secret professionnel lorsqu'il délivre à l'admininistration, qui a, elle aussi, le devoir d'observer le secret, un certificat permettant de séquestrer un aliéné dangereux.

Sans doute, il peut se rencontrer que le devoir du secret résulte non pas de la nature propre de la maladie, mais des circonstances spéciales, exceptionnelles, dans lesquelles cette maladie se produit. Pour la plupart des maladies épidémiques ces cas seront extrêmement rares. Si, dans une telle occurence, un médecin était poursuivi pour défaut de déclaration, il justifierait que les circonstances étaient telles qu'il ne pouvait avertir l'autorité publique, et provoquer par conséquent certaines mesures prophylactiques sans manquer à son devoir professionnel.

Pour une des maladies portées sur la liste, le fait pourra se présenter avec une certaine fréquence. Je veux parler des infections puerpérales. Des scrupules se sont élevés à cet égard chez beaucoup de médecins ; les services spéciaux, les personnes s'occupant des questions intéressant les nouveau-nés ont manifesté des appréhensions. Le rapporteur de la loi au Sénat semblait croire que l'article 15 ne s'appliquait pas aux infections puerpérales. Je n'ai pas cru devoir les supprimer de la liste dressée par l'Académie de médecine et le comité consultatif d'hygiène publique, mais j'ai jugé nécessaire d'accompagner leur indication d'une réserve formelle. La déclaration de l'infection puerpérale ne sera obligatoire qu'autant que le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé. Il ne suffit donc pas, pour dégager le médecin du devoir de la déclaration, que le secret ait été demandé sur le fait même de la grossesse. C'est seulement dans le cas où la connaissance de l'infectionpuerpérale révélerait une grossesse qu'il y a intérêt à cacher, que le médecin ne sera pas tenu d'en faire la déclaration.

Le gouvernement n'avait pas manqué de signaler aux Chambres les considérations qui, hors ces cas exceptionnels, établissent la nécessité et la légitimité de la déclaration. Voici en quels termes il faisait connaître son opinion dans l'exposé des motifs du projet de loi :

« Le gouvernement n'a point hésité non plus à suivre la commission chargée, sous la précédente législature, d'examiner les projets relatifs à l'exercice de la médecine dans la proposition qu'elle avait faite de rendre obligatoire la déclaration par le médecin des cas de maladies transmissibles Il a pensé, comme le comité consultatif d'hygiène publique, que les éléments constitutifs du secret professionnel ne se rencontrent pas pour la presque totalité des maladies épidémiques et que tout médecin doit être tenu de faire à l'autorité publique la déclaration des maladies transmissibles tombées sous son observation et n'engageant pas le secret professionnel.

« Cette question est depuis longtemps à l'ordre du jour de toutes les assemblées médicales et elle a souvent fait l'objet des préoccupations des pouvoir publics. Dans un grand nombre de pays étrangers (Angleterre, Suisse, Italie, Allemagne, Autriche-Hongrie, Pays-Bas, Etats-Unis), elle est réglée par la loi, et l'exécution des mesures administratives qu'elle comporte ne donne lieu à aucune difficulté. En France, l'Académie de médecine, le Comité consultatif d'hygiène publique de France, l'Association générale des médecins de France, nombre de conseils d'hygiène, de société médicales dans les départements, en ont fait l'objet de vœux explicites. Les congrès internationaux d'hygiène se sont prononcés dans le mêmes sens. Partout l'on est unanime à penser que cette déclaration est indispensable au fonctionnement des services d'hygiène publique.

« Les médecins légistes eux-mêmes — on le voit par le rapport de M. le Président du Comité consultatif d'hygiène publique de France — reconnaissent que, pour ces maladies, les exigences du secret professionnel n'existent que très exceptionnellement et qu'elles ne sauraient faire obstacle à l'intérêt de la santé publique. D'ailleurs, la législature et la jurisprudence actuelles mettent à cet égard le corps médical aux prises avec des difficultés qu'il devient nécessaire d'aplanir par des dispositions législatives.

« Le corps médical ne s'est jamais refusé à admettre que la société, en lui accordant certains privilèges, exige de lui quelques services, et les médecins ont assez souvent payé de leur personne et de leur dévouement dans les épidémies pour qu'on soit certain qu'ils prendront volontiers leur part de responsabilité et d'action dans les mesures destinées à sauvegarder la santé publique.

« La déclaration des cas de maladies transmissibles est donc l'une des charges mêmes de la profession médicale, et c'est répondre à la fois aux intérêts des médecins, des malades et de la société tout entière que

de l'inscrire, comme on l'a maintes fois demandé, dans la loi sur l'exercice de la médecine. »

Tels sont, Monsieur le préfet, les idées dont vous vous inspirerez pour obtenir, des médecins qui exercent dans votre département, le concours dont l'administration sanitaire a besoin et dont la loi nouvelle leur fait un devoir. Je ne doute pas que vous ne réussissiez à écarter les scrupules mal fondés et à assurer sur tous les points l'exécution de la loi.

Quant au mode de déclaratiou, il est du devoir de l'administratiou de faciliter par tous les moyens l'accomplissement de l'obligation imposée dans l'intérêt de la santé publique. A cet effet, j'ai décidé, sur l'avis du Comité consultatif d'hygiène publique, que la déclaration se ferait à l'aide de cartes postales détachées d'un carnet à souche et que ces carnets seraient mis gratuitement à la disposition des déclarants. Les cartes devront porter la mention de la maladie observée et les indications nécessaires pour trouver facilement la maison où la maladie s'est produite ; ce sont là deux conditions essentielles, sans lesquelles la déclaration serait inefficace. La déclaration devra être datée. Pour tenir compte, dans la mesure compatible avec l'exécution de la loi, de certains scrupules, la nature de la maladie sera désignée par un numéro d'ordre correspondant à une nomenclature inscrite à la première page du carnet. Le médecin ne sera pas tenu de signer sa déclaration ; un numéro inscrit sur chacune des feuilles de son carnet suffira pour le faire reconnaître par l'administration. La carte porte : « Nom et adresse du malade », parce que, dans la plupart des cas, il serait malaisé de trouver la maison contaminée si l'on ne connaissait pas le nom du malade ; mais l'indication de ce nom n'est pas une formalité essentielle, et le médecin ne serait pas tenu de l'inscrire s'il pouvait, sans le faire, désigner la maison d'une façon suffisamment précise. Enfin, un petit espace sera réservé sur la carte pour que le médecin y mentionne, s'il le juge convenable, les mesures de prophylaxie que la circonstance lui paraîtra comporter.

L'arrêté du 23 novembre décide que l'autorité publique chargée de recevoir la déclaration sera représentée par le maire de la commune habitée par le malade et par le sous-préfet de l'arrondissement ; la déclaration devra donc être adressée à la fois au maire et au sous-préfet (au préfet, dans l'arrondissement chef-lieu ; à Paris, au préfet de police). Les carnets seront disposés à cet effet, chaque déclaration comportant deux avis adressés d'avance, l'un au sous-préfet, l'autre au maire. Des démarches sont faites en ce moment près de mon collègue M. le ministre du commerce pour obtenir qu'il accorde à ces déclarations le bénéfice de la franchise postale. Quand une décision aura été prise dans ce sens, il suffira au médecin qui vient d'observer un cas de fièvre typhoïde, par exemple, d'inscrire sur chacune des deux déclarations reliées ensemble à la souche une adresse, celle du malade, et un numéro, celui de la fièvre typhoïde ; d'écrire au dos de l'une des cartes, celle destinée au maire, le nom de la commune, et sur l'autre le nom de l'arrondissement où réside le malade, et de jeter les deux cartes à la première boîte aux lettres qui se trouvera sur son trajet. L'on reconnaîtra qu'il est difficile de simplifier davantage les écritures.

A quel moment le sous-préfet et le maire devront-ils être prévenus ? L'article 15 dispose que tout praticien est tenu de faire la déclaration « son diagnostic établi » c'est-à dire aussitôt que son diagnostic est établi. Cette interprétation résulte avec évidence du but que s'est proposé le législateur en rendant la déclaration obligatoire, et qui est de permettre de porter immédiatement le remède là où est le mal. M. Cornil a écarté la proposition de faire faire la déclaration par le chef de famille, à cause des retards que ce circuit pourrait entraîner. « Pour peu que le chef de la famille ou ses ayants droit, écrivait M. Cornil, mettent de la négligence à faire la déclaration prescrite par la loi et que le médecin lui-même, dont la responsabilité ne serait plus directementen jeu, attende un jour avant d'avertir l'autorité, celle-ci ne serait prévenue de l'apparition d'une maladie épidémique que trente-six ou quarante-huit heures après sa constatation. La maladie épidémique aurait eu le temps de se propager aux membres de la famille, à la maison habitée par elle, aux personnes qui s'y rendent journellement pour leurs relations ou leurs affaires. » C'est donc sans aucun retard, au moment même où son diagnostic est établi, que le médecin doit faire la déclaration.

C'est encore la nécessité d'agir immédiatement qui a rendu nécessaire la double déclaration. Si, en effet, le maire néglige ou refuse de prendre les mesures que commande la protection de la santé publique, il importe que le préfet, en vertu de l'article 99 de la loi du 5 avril 1884, puisse se substituer à lui. Il faut donc que l'administration départementale soit informée indépendamment de la municipalité. Elle le sera par l'intermédiaire du sous-préfet.

La déclaration reçue, que devra faire le maire ? Que devra faire le sous-préfet ?

Chaque mairie sera pourvue par vos soins d'un ou plusieurs exemplaires de mon arrêté du 23 novembre. Cet arrêté porte la liste numérotée des maladies dont la déclaration est obligatoire, et cette liste est conforme à celle qui sera imprimée sur la couverture du carnet des médecins. Le maire n'aura donc aucune peine à savoir quelle est la maladie dont un cas vient de se produire dans sa commune. Les maladies transmissibles ont fait l'objet d'une instruction générale du Comité consultatif d'hygiène publique de France, et chacune d'elles l'objet d'une instruction spéciale. Le maire se reportera à ces documents et, par tous les moyens dont il dispose, il s'efforcera de faire exécuter les prescriptions qu'ils contiennent. Il recommandera surtout de ne laisser approcher du malade que les personnes qui sont nécessaires pour le soigner et de détruire

ou de désinfecter avec un soin extrême tous les objets ayant été en contact avec lui. Si le malade est pauvre, le maire jugera sans doute qu'il est de grand intérêt pour la commune, en vue d'éviter les contagions, de fournir gratuitement les désinfectants. Si la maladie déclarée est la variole, le maire devra faire connaître à ses administrés que la vaccination ou la revaccination est le seul moyen efficace d'empêcher la transmission du mal, et s'entendre avec un médecin pour que cette opération soit faite. Du vaccin animal sera, sur sa demande, immédiatement et gratuitement fourni par l'Académie de médecine.

En agissant ainsi, le maire ne fera d'ailleurs que « prendre les mesures nécessaires pour prévenir les épidémies », ce qui est un des devoirs que lui impose l'article 97 de la loi du 5 avril 1884.

Le sous-préfet devra veiller à ce que les instructions du comité consultatif soient entre les mains du maire et s'assurer que les prescriptions ci-dessus sont exécutées. Plus il s'occupera avec rapidité et d'une manière méticuleuse du premier cas d'une maladie transmissible, moins il aura à combattre d'épidémies.

Si plusieurs cas de la même maladie venaient à se produire, si ainsi un foyer épidémique était créé, le sous-préfet enverrait immédiatement sur place le médecin des épidémies. Il vous préviendrait, et, à votre tour, vous voudriez bien m'informer de toute épidémie qui aurait un caractère bien déterminé et me faire connaître en détail les mesures prises pour la combattre. Pour chaque cas particulier, j'examinerais avec vous la conduite à tenir.

Même en dehors des épidémies, vous observerez avec soin les déclarations faites par les médecins en exécution de la loi. Vous connaîtrez ainsi les localités dans lesquelles prévaut telle ou telle maladie. Cette étude sera pour vous la plus utile préparation à l'exécution future de la loi pour la protection de la santé publique dont le projet a été adopté par la Chambre des députés et qui est actuellement soumis aux délibérations du Sénat.

J'ai dit que chaque feuille du carnet devra porter un numéro permettant de connaître de quel praticien elle émane. Je vous prie de faire dresser une liste complète des docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes exerçant dans votre département, et de donner à chaque praticien un numéro. Un exemplaire de cette liste devra être remis à chacun de MM. les sous-préfets. Après l'avoir dressée, vous me ferez connaître combien vous désirez recevoir de carnets (chaque carnet comprendra 20 déclarations doubles).

Les autres dispositions de la loi du 30 novembre 1892, en tant qu'elles concernent l'exercice de la médecine proprement dit, ne me paraissent motiver de ma part, du moins pour le moment, que deux observations.

Vaccination par les sages-femmes. — Aux termes de l'article 4, les sages femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations antivarioliques. Tous les ans un certain nombre d'entre elles reçoivent des récompenses, des médailles sur la proposition de l'Académie de médecine, pour leur zèle à propager la vaccine. Le législateur a tenu à consacrer cette pratique utile par une autorisation formelle.

Exercice de la médecine par les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine. — L'article 6 permet aux internes des hôpitaux nommés au concours, et aux étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, d'exercer, avec l'autorisation du préfet, la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

L'autorisation du préfet est limitée à trois mois : elle est renouvelable. « Cette disposition nous semble indispensable, disait M. le professeur Brouardel dans un rapport présenté au comité consultatif d'hygiène publique de France sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine; actuellement, en temps d'épidémie, on fait appel au zèle de ces jeunes gens, on applaudit à leur courage, parfois on les décore, mais ils exercent illégalement; on pourrait les poursuivre. Il en est de même dans le cas de remplacement d'un médecin temporairement empêché d'exercer. C'est en réalité la régularisation d'une situation parfois encouragée, souvent tolérée, quelquefois poursuivie. »

Si l'application des dispositions dont je viens de vous entretenir ou de toute autre partie de la loi du 30 novembre 1892 donnait lieu à des difficultés, vous voudriez bien m'en référer. Pour l'établissement des statistiques qui devront être faites ultérieurement et la publication des listes prévues aux articles 9 et 10, vous recevrez des instructions spéciales.

Recevez., etc.

Voici le texte de l'arrêté ministériel.

Article premier. — La liste des maladies épidémiques prévue par l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 est dressée de la manière suivante :

1° La fièvre typhoïde ; 2° le typhus exanthématique ; 3° la variole et la varioloïde ; 4° la scarlatine ; 5° la diphtérie (croup et angine couenneuse) ; 6° la suette miliaire ; 7° le choléra et les maladies cholériformes ; 8° la peste ; 9° la fièvre jaune ; 10° la dysenterie ; 11° les infections puerpérales, lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé ; 12° l'ophtalmie des nouveau-nés.

Art. 2. — L'autorité publique qui doit, aux termes de l'article 15 sus-visé, recevoir les déclarations des maladies épidémiques, est représentée par le sous-préfet et par le maire. Les praticiens mentionnés dans le dit article 15 devront faire la déclaration à l'un et à l'autre aussitôt le diagnostic établi.

Art. 3. — La déclaration se fait à l'aide de cartes détachées d'un carnet à souche qui portent nécessairement la date de la déclaration, l'indication de l'habitation contaminée, la nature de la maladie désignée par un numéro d'ordre suivant la nomenclature ins-

crite à la première page du carnet. Elles peuvent contenir, en outre, l'indication des mesures prophylactiques jugées utiles.

Les carnets sont mis gratuitement à la disposition de tous les docteurs, officiers de santé et sages-femmes.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 27 décembre 1893, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Martialis, directeur du service de santé à Lorient.

Au grade d'officier. — M. Mathis, médecin en chef de la marine.

Au grade de Chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Davril, Touchet, Esclangon, Bourdon, Bahier, Mathé, Plagneux et Dédet.

Facultés de médecine. — Sont promus :

De la deuxième classe à la première : M. le professeur Charpentier, de la Faculté de médecine de Nancy.

De la troisième classe à la deuxième : MM. les professeurs Grymfelt, de la Faculté de médecine de Montpellier; Lépine, de la Faculté de médecine de Lyon.

De la quatrième à la troisième : MM. les professeurs Badal et Blarez, de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1893-1894, ouvert le mercredi 10 janvier 1894, sera clos le jeudi 8 février 1894, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat : les mercredi 10, jeudi 11, vendredi 12, samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19 et samedi 20, mercredi 24 et jeudi 25 janvier;

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les vendredi 26, samedi 27, mercredi 31 janvier, vendredi 2, samedi 3, mercredi 7 et jeudi 8 février.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle aux dates ci-dessus indiquées.

La quatorzième inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie).

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions des troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du jeudi 25 janvier.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'internes ou d'externes, pendant le premier trimestre de l'année scolaire 1893-1894. Ce certificat doit-être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont absolument de rigueur : les inscriptions seront refusées aux élèves internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Le **VIII^e^ Congrès international d'ophtalmologie** aura lieu à Edimbourg, en 1894, vers le commencement du mois d'août.

Le **VIII^e^ Congrès international d'hygiène et de démographie** sera tenu à Budapest, du 1 au 9 septembre 1894.

Société médicale du I^er^ arrondissement. — Bureau pour l'année 1894. Président, D^r^ Chambellan; vice-président, D^r^ Kuff; secrétaire, D^r^ P. Richer; trésorier, M. Bretonneau.

Société médicale du IV^e^ arrondissement. — Bureau pour l'année 1894. Président, D^r^ Desnos; vice-président, D^r^ Morel; secrétaire général, D^r^ Rollin; secrétaire annuel, D^r^ Vigouroux; trésorier, M. Dreyer.

Société médicale du XI^e^ arrondissement. — Bureau pour l'année 1894. Président : D^r^ Signez; vice-président, D^r^ Rogron; secrétaire général, D^r^ Vétault; secrétaires annuels, D^rs^ Lacombe et Henné; trésorier, D^r^ Kinzelbach.

Nouvelle taxe médicale pour la Hongrie. — Le conseil d'hygiène de Hongrie vient d'élaborer une nouvelle taxation d'honoraires médicaux qui doit remplacer celle en usage, laquelle date de 1828. Il est spécifié que cette taxation n'est pas obligatoire et n'empêche nullement médecins et clients de convenir d'autres prix que ceux indiqués. Elle est seulement établie dans le but de guider les juges qui auraient à apprécier des questions d'honoraires. En voici les chiffres (le florin d'or vaut 2 fr. 50.)

Visite de jour dans la capitale 2 florins; dans les villes au-dessus de 10.000 habitants, 1 fl. 50; dans celles au-dessous de ce chiffre, 1 florin.

Visites de nuit suivant les classes précédentes, 3, 2 et 1 fl. 50.

Demi-journée passée auprès d'un malade, 10, 7 et 5 florins.

Journée entière, 20, 14 et 10 florins.

Demi-nuit passée auprès d'un malade, 15, 10 et 7 florins.

Nuit entière, 30, 20 et 14 florins.

Consultation de jour, 8 florins pour la capitale et 7 dans les autres villes.

Consultation de nuit, 10 et 8 florins.

Petites interventions chirurgicales (injections sous-cutanées, vaccination, saignée, cathétérisme, extraction d'un corps étranger de la conjonctive, recherche de la grossesse, pansement simple, etc.), de 2 à 10 florins.

Opérations chirurgicales et obstétricales (telles que : amputation de la luette, cathétérisme de l'œsophage, suture d'une plaie, ténotomie, amputation des amygdales, réduction d'une hernie, hydrocèle, ponction de la vessie, application d'un appareil, réduction d'une luxation d'une fracture, ablation d'un doigt, accouchement difficile, délivrance artificielle, extraction d'un corps étranger de la cornée, etc., assistance à une opération plus importante), de 10 à 25 florins.

Opérations chirurgicales et obstétricales plus graves (réduction et pansement de fractures graves, opération d'un bec de lièvre ou d'un cancer de la lèvre, urétrotomie, séance de lithotritie, ligature d'une artère dans la continuité, trépanation, résection d'un maxillaire, herniotomie

amputation des membres, opération de fistule, suture de tendons, ovariotomie, accouchement avec placenta prævia, embryotomie, opération césarienne, opération de la cataracte, etc.) de 25 à 30 florins.

Autopsie avec rapports sur demande, 25 florins.

Certificat, 8 florins, dans la capitale, et 6 ailleurs.

Pour les individus connus comme riches, ces prix peuvent être doublés ou augmentés en raison de la situation pécuniaire du malade. Pour les visites éloignées, il y a lieu de tenir compte du prix du véhicule et lorsque la distance est supérieure à 2 kilomètres, du temps que prend le trajet. Le prix indiqué pour les consultations n'est applicable au médecin traitant que lorsque la consultation a lieu sur la demande du malade ou de ses proches.

Les soins donnés au cabinet du médecins sont tarifés comme ceux donnés au domicile du malade.

Nous ferons remarquer que le Conseil d'hygiène nous paraît tarifer bien bas les journées et les nuits passées auprès d'un malade, et qu'il est étrange de fixer un même prix pour une ovariotomie et la suture d'un tendon.

(*Bull. méd.*)

La croissance dans les deux sexes. — La *Science* publie un résumé des résultats obtenus au cours d'observations faites dans les écoles de Worcester (Massachusetts) sur les lois qui président au développement des divers parties du corps chez les garçons et les filles.

Le nombre des sujets examinés a été de plus de 3.200, d'un âge variant de 5 à 21 ans. La longueur de la tête est moindre chez les filles pendant toute la période de croissance et conséquemment pendant toute la vie; mais, au lieu de rester constante, la différence de longueur varie considérablement. Chez les garçons, il faut aller jusqu'à 21 ans. La tête des filles est plus étroite que celle des garçons et la largeur présente, comme la longueur, des périodes alternatives d'accroissement et de constance. C'est à 17 ans que le visage est le plus large chez les filles et à 18 ans pour les garçons.

Pour la stature, les garçons sont plus grands à partir de 5 ans, mais de la 7e à la 9e année, les filles ont une croissance à peu près égale, après quoi les garçons les dépassent encore pendant deux ans. Vers la 12e année, ce sont les filles qui ont la plus grande taille et elles restent les plus grandes jusque dans la 15e année, à partir de laquelle les garçons reprennent définitivement l'avantage. Après 17 ans la taille des filles ne paraît plus augmenter sérieusement, tandis que la croissance continue, vigoureuse, chez les garçons, jusqu'à 18 ans et au-delà.

Les courbes des hauteurs de buste présentent les mêmes caractéristiques un peu plus accentuées que les courbes de la taille. Il en est de même des courbes de poids, quoique celles-ci présentent des différences moins marquées. C'est ainsi que la supériorité des filles au point de vue du poids ne se maintient que pendant une période beaucoup plus courte que pour la taille. Les filles paraisssent atteindre leur poids maximum à 17 ans, tandis que chez les garçons le poids moyen augmente jusqu'à un âge beaucoup plus avancé.

En résumé, les femmes atteignent leur plein développement avant les hommes. Pour toutes les mesures relevées, sauf pour le poids, les filles ont achevé leur développement vers leur 18e année. (*Revue scientifique.*)

Hôpital Trousseau. — M. le prof. Lannelongue reprendra le 10 janvier ses cliniques du mercredi sur la chirurgie infantile, et les continuera les mercredis suivants à 9 heures.

Nécrologie. — Le Dr Delaveau, de la Varenne-Saint-Hilaire (Seine), décédé à l'âge de 26 ans. — Le Dr Verneuil, maire et conseiller général de la Tremblade (Charente-Inférieure). — Le Dr Archinard, de Lyon. — Le Dr Barudel, de Vichy. — Le Dr Virenque, du Vigan (Gard), reçu en 1839. — M. le professeur Diagon, Directeur de l'Ecole de pharmacie de Montpellier, décédé à l'âge de 65 ans. — M. le professeur Strohl, professeur à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg, décédé à l'âge de 84 ans.

Avis. — *Ceux de nos abonnés dont l'abonnement est expiré sont priés de vouloir bien nous envoyer le montant de leur renouvellement. Tous les bureaux de poste de la France et de l'Etranger sont autorisés à recevoir ces abonnements sans aucun frais pour les souscripteurs. A partir du 20 janvier nous ferons présenter les quittances par la poste chez ceux de nos lecteurs qui ne nous auraient donné aucun avis.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique de gynécologie, par Stéphane Bonnet, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société obstétricale et gynécologique, et Paul Petit, membre de la Société obstétricale et gynécologique, membre correspondant de la Société anatomique. Introduction, par le Dr A. Charpentier, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1894, 1 vol. in-8 de 804 pages avec 297 figures dont 90 tirées en 2 et 3 couleurs. — Prix : 15 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Précis de microbie. Technique et microbes pathogènes, par le Dr L.-H. Thoinot, auditeur au comité consultatif d'hygiène de France et E.-J. Masselin, médecin-vétérinaire. *Ouvrage couronné par la Faculté de Médecine* (Prix Jeunesse). Seconde édition, revue et augmentée avec 89 figures dont 21 en couleurs, 1 vol. in-18 de 608 pages. — Prix : 7 francs. — G. Masson, éditeur.

Signalons à nos lecteurs une 2e édition des « Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes » du professeur Grasset, de Montpellier. Cette édition, revue et augmentée aura le succès de la précédente. Paris, 1 vol. in-18, reliure souple. — Prix 4 francs, *franco*, poste 4 fr. 50. — G. Masson, Montpellier. C. Coulet.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES traités par *L'Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. — **Anémie, chlorose.** — *Dragées Cézard,* ne constipant pas.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des Intestins.**

VICHY-SAINT-YORRE (*Sources Reignier*). La meilleure pour la consommation à domicile.

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*